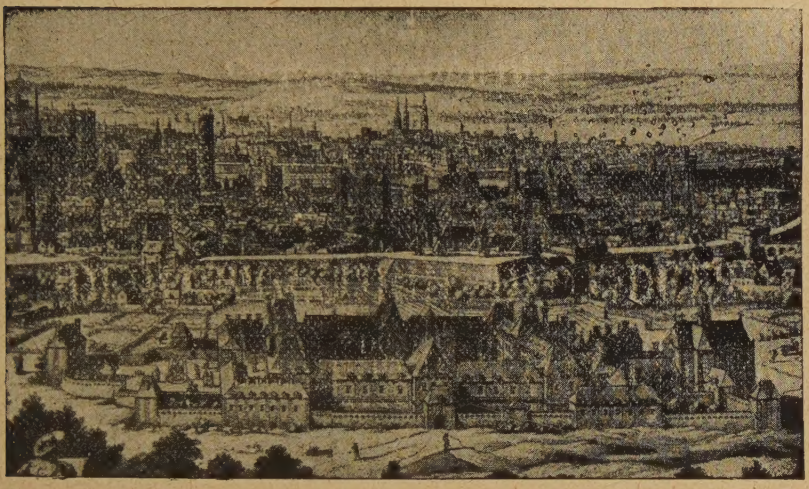
Année 1911 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Edgard JALLET

Né à Artannes, le 1er février 1887
Ancien prosecteur, lauréat, de l'École de Médecine de Tours



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TROUBLES PSYCHIQUES

AU COURS DES PÉRIODES SECONDAIRE ET SECONDO-TERTIAIRE

DE LA SYPHILIS

Président : M. ER. GAUCHER, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAITRES

E. Jallet

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Chevalier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique dermatologique et syphiligraphique
à la Faculté de Médecine de Paris

91

AVANT-PROPOS

En terminant nos études médicales, qu'il nous soit permis d'adresser ici à nos maîtres des Hôpitaux de Paris et de Tours l'expression de notre reconnaissance, particulièrement au professeur Le Double, de l'Académie de Médecine, dont nous avons eu l'honneur d'être le prosecteur.

M. G. Caussade a bien voulu, pendant deux années, nous offrir une hospitalité très large et très aimable dans son service et dans son laboratoire de Tenon, puis de l'Hôtel-Dieu. C'est grâce à lui que nous avons pu recueillir les documents les plus importants qui ont servi à la rédaction de ce modeste travail. Qu'il veuille bien accepter nos remerciements et l'expression de notre profond attachement.

Pendant une année, nous avons été, à Saint-Louis, l'élève de M. le professeur Gaucher : c'est à lui que nous avons voulu demander de nous faire le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous lui adressons l'expression de notre profonde gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TROUBLES PSYCHIQUES

AU COURS DES PÉRIODES SECONDAIRE ET SECONDO-TERTIAIRE

DE LA SYPHILIS

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion, au cours de nos études médicales, d'observer dans le service de notre maître, M. G. Caussade, quelques malades présentant des troubles psychiques au cours des périodes secondaire et secondo-tertiaire de la syphilis, nous avons cru intéressant de réunir ici leurs observations à quelques autres antérieurement publiées.

Notre prétention n'est point, naturellement, de présenter une étude didactique des troubles mentaux que peut déterminer la syphilis : notre but, beaucoup plus modeste, est d'insister sur un point un peu plus particulier : sur les rapports de ces troubles avec les réactions méningées si fréquentes dès la période secondaire, et sur la pathogénie et l'évolution de ces troubles. Nous éliminerons la paralysie générale de notre sujet, l'effleurant seulement pour nous demander si elle n'est pas l'aboutissant lointain des lésions qui déterminent ces troubles.

HISTORIQUE

En 1879, Fournier (1) écrivait : « La folie syphilitique n'a pas encore droit de cité dans la pathologie officielle. Elle n'est, tout au plus, que tolérée à titre conjectural, hypothétique ; elle est fortement tenue en suspicion, si ce n'est reniée par la plupart de nos classiques. Pour vous en convaincre, parcourez les pathologies modernes, parcourez même les travaux les plus récents sur les maladies mentales, c'est à peine si vous y trouverez dans le chapitre d'étiologie quelques lignes accordées, comme par grâce, à la syphilis... Pourtant, je tiens pour certain, quant à moi, que la syphilis est susceptible de créer des troubles cérébraux qui constituent des vésanies confirmées, patentes, indéniables. »

En effet, si l'on en excepte, en 1532, Nicolas Massa, qui, dans son ouvrage : *de morbo gallico*, publie un cas de délire syphilitique, ce n'est que relativement bien peu de temps avant Fournier qu'on retrouve, dans la littérature médicale, des

1. Fournier, *Syphilis cérébrale* (Masson, 1879, p. 278).

auteurs s'attacher à rechercher l'influence de la syphilis dans l'apparition des troubles mentaux.

Au XVIIIe siècle, Astruc (1740), Sanchez (1777) accusent la syphilis de produire des troubles mentaux.

En 1802, B. Bell (1) raconte l'histoire d'une jeune épileptique de vingt-six ans, qui, brusquement, devint aliénée. Au bout de deux ans, la malade présentant des syphilides ulcéreuses, Bell la soumit à un traitement mercuriel qui guérit les syphilides et, au bout de trois mois, les troubles mentaux.

En 1828, Lagneau (2), dans son *Traité des maladies vénériennes*, émet timidement l'opinion que les troubles mentaux pourraient bien être loin d'être rares. Il va même jusqu'à décrire les formes sous lesquelles ils peuvent se présenter (démence, idiotie, manie, mélancolie, etc.).

Pour Georget (3), en 1820, le rôle étiologique de la syphilis se borne à une action purement morale.

En 1834 Lallemand, en 1840 Baumès (4), et à leur suite, Rayer, Vidal de Cassis, admettent que le système nerveux est un tissu d'élection pour le « virus syphilitique ».

Desruelle, Jourdan, Richaud des Brus nient l'action de ce virus.

---

1. B. Bell, *Traité de la gonorrhée virulente*, t. II, p. 672.
2. Lagneau, *Traité des maladies vénériennes*, 1828.
3. Georget, *De la folie*, 1820, p. 171.
4. Baumès, *Précis théorique et pratique sur les maladies vénériennes*, t. I, p. 150.

En 1850, Schutzemberger (1) admet nettement l'étiologie syphilitique de certains troubles mentaux. Esquirol et Ferras en rapportent quelques cas.

Un an plus tard, Ricord (2) observe un cas de troubles intellectuels qu'il attribue à la syphilis ; le traitement spécifique les fait disparaître en peu de temps. Plus tard, la malade succomba au choléra ; l'autopsie ne montra pas de lésion cérébrale macroscopique.

Mais, en 1853, Hunter nie énergiquement l'aliénation mentale d'origine syphilitique ; pour lui, la syphilis n'atteint jamais le cerveau.

Esmarch et Jessen (3) reprennent la question et étudient très consciencieusement les rapports de la syphilis avec les troubles mentaux et l'influence du traitement mercuriel sur ceux-ci.

En 1859, nous trouvons avec Dagonet (cité par Hagelstein) (4), et Hildenbrandt (5) cette idée nouvelle : que la syphilis peut déterminer des psychoses, non seulement par des lésions organiques qu'elle peut localiser sur le système nerveux central, mais aussi en amenant des altérations du sang : de la chlorose, de l'anémie.

Follin (6) (1861) nie l'origine syphilitique des

1. Schutzemberger, *Gaz. méd. de Strasbourg*, mars 1850.
2. Ricord, *Clinique iconographique*, 1851.
3. Esmarch et Jessen, *Syphilis und geistessorungen* (*Allg. zeits. f. Psy.* Bd. XIV, 1857).
4. Hagelstein, *Folie parasyphilitique*. Th. Nancy, 1894.
5. Hildenbrandt, *de la Syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale*. Th. Strasbourg, 1859.
6. Follin, *Traité de pathologie externe*, t. I, 1861.

troubles mentaux, même dans la syphilis cérébrale.

Gros et Lancereaux (1) admettent que la syphilis peut avoir la faculté de créer des psychoses sans lésion organique, psychoses qui souvent sont rapidement améliorées par le traitement mercuriel.

Puis viennent les travaux de Zambaco (2) (1862) qui n'admet pas la psychose syphilique ; ceux, en 1863, de Griesinger, Reade et Todd (3), qui n'hésitent pas à la considérer comme prouvée. Leidesdorf (4), en 1864, n'admet la syphilis que comme cause « morale ». Maci (5) l'accepte avec cette réserve que les excès vénériens, les abus alcooliques sont nécessaires à sa réalisation.

En 1870, Grainger Stewart (6) publie une série d'observations dans lesquelles il s'agit de délires systématisés (persécuteurs-persécutés) où la syphilis paraît bien être en cause.

Pour David Skae (7), en 1873, il y a prédominance de la dépression intellectuelle et de la neurasthénie dans les troubles mentaux d'origine spécifique.

Wille (8), la même année, affirme que les troubles

---

1. Gros et Lancereaux, *Traité des maladies nerveuses syphilitiques*, 1861.

2. Zambaco, *des Affections nerveuses syphilitiques*, 1862.

3. Reade et Todd, *Cases of. syphilitic insanity* (*The Dublin Quaterly Journal*, 1863).

4. Leidesdorf, *Medizinische Iahrbucher*, 1869.

5. Maci, *de la Folie*, 1864, p. 147.

6. Grainger Stewart, *Syphilitic insanity* (British Medical Journal).

7. David Skae, cité par Hagelstein *in* thèse de Nancy, 1894.

8. Wille, *Die syphilitische Psychosen* (*Allg. Zeits. f. Psych.* Bd XVII, 1872).

mentaux peuvent apparaître avant la roséole chez les prédisposés ; il leur reconnaît pour cause l'anémie cérébrale, due elle-même à l'infection.

D'autres observations de psychoses syphilitiques sont publiées en 1874 par Francis Cadell, Hayes Newington et Batty Tuke (1). Hayes Newington, comme Wille, admet l'existence de troubles mentaux avant la roséole.

En 1875, Linstow (2) conclut que la paralysie générale et la folie syphilitique sont deux maladies absolument distinctes ; car la première finit toujours par la mort, tandis que la seconde est parfaitement curable.

En 1877, Erlenmeyer, dans un beau travail (3), démontre que toutes les formes de l'aliénation mentale peuvent se produire sous l'influence de la syphilis.

Quelques mois plus tard, Pirrochi (4) tente une classification des psychoses syphilitiques.

Jusqu'en 1879, on le voit, la syphilis fut tour à tour admise et rejetée par les auteurs du chapitre étiologique de l'aliénation mentale. Il ne fallait pas moins que l'autorité scientifique de Fournier pour faire accepter comme un dogme l'étiologie syphilitique de bon nombre d'affections mentales. Nous avons commencé ce chapitre d'historique par une

---

1. Batty Tuke, *Journal of mental science*, janvier 1874.
2. Linstow, *Arch. fur. Psych.*, 1873.
3. Erlenmeyer, *Die luetischen Psychosen*, 1877.
4. Pirrochi, *Giornale italiano del mal. nervose*, 1878.

longue citation de son admirable *Traité de la syphilis cérébrale* ; souvent encore nous aurons recours à lui dans la suite de ce travail. Fougueusement il réclame pour la syphilis la part qui lui revient dans la genèse de l'aliénation mentale. Minutieusement, il en décrit toutes les formes connues ; il les divise, les classe, les dissèque pour élever à la dignité d'une entité morbide bien spéciale, *sine materia*, la *folie syphilitique*.

Sous l'influence de Fournier, nombre de travaux surgissent sur la question. Heubner (1) donne l'hérédité nerveuse comme cause prédisposante.

J. Kiernan (2), en 1880, Veronese (3), en 1883, Legrand du Saulle (4), en 1884, publient des travaux importants sur la question, admettent l'origine syphilitique des troubles mentaux qu'on rencontre au cours de la vérole ; mais, nient énergiquement toute empreinte clinique *spéciale*.

C'est également l'opinion soutenue, en 1887, au Congrès de Washington. Savage et Brush, tout en reconnaissant l'existence des troubles intellectuels développés sous l'influence de la syphilis, ne peuvent admettre comme cliniquement *spécifique* la folie *d'origine syphilitique*, et s'élèvent avec violence contre la dénomination de « folie syphilitique ».

---

1. Heubner, *Uber die Hirnerkrankung der Syphilitische* (Arch. der Heilkunde, 1879).
2. J. Kiernan, *J. nervous and mental diseases*, juillet 1880.
3. Veronese, *Wiener Klinik*, 1883.
4. Legrand du Saulle, *Gaz. des Hôp.*, 1884.

Pour eux, les troubles mentaux qui reconnaissent pour cause l'infection syphilitique sont des troubles banaux que l'on peut rencontrer dans toute vésanie, sans être frappés d'un cachet clinique spécial.

Hutchinson (1), en 1887, ne peut voir dans la syphilis qu'un *mordant* du tissu nerveux, qu'une cause prédisposante qui permettra alternativement, au moyen de poussées successives, de déterminer l'éclosion de psychopathies. Et ainsi, les psychoses tertiaires ne seraient qu'une conséquence lointaine des psychoses secondaires.

Clouston (2) soutient, au meeting de l'Association médicale britannique d'août 1887, que les psychoses syphilitiques ne peuvent exister sans une *hérédité nerveuse préalable*.

Pour Mauriac (3) les troubles intellectuels sont toujours sous la dépendance de *lésions organiques*, quelquefois coexistantes, d'autres fois plus éloignées.

Œbeke (4) n'a jamais observé de psychose syphilitique.

Mairet (5) admet des troubles délirants dûs à une syphilis cérébrale pouvant *simuler* l'aliénation mentale, mais bientôt, d'autres signes révélateurs d'une *lésion organique* cérébrale (paralysie des nerfs

---

1. Hutchinson, *Syphilis*, London, 1887.
2. Clouston, LV[e] meeting de l'Assoc. méd. britannique, août 1887.
3. Mauriac, *Gazette hebd. de Méd. et de Chir.*, n° 20, mai 1889.
4. Œbeke, *Zur syphilis des centralnervensystems und der Psychosen* (*Allg. Zeits. f. Ps.*, 1892).
5. Mairet, *Aliénation mentale syphilitique*, 1893.

craniens) viennent accompagner le délire et en montrer l'origine.

La même année, Hagelstein (1), sous l'inspiration de Spillmann, dans sa thèse inaugurale très documentée, montre l'existence d'une *folie syphilitique*, bien différente des troubles psychiques : affaiblissement de l'intelligence, etc... C'est, en somme, la division de Fournier qu'il adopte.

Pour Raymond (2). « Quand un syphilitique se met à délirer d'une façon chronique, on a affaire à un *substratum anatomique défini* : méningite, artérite, altération de la névroglie. »

En 1900, Jacquin publie un travail d'ensemble sur la question. Pour lui, comme pour Pierret, le rôle de la syphilis n'est pas direct : elle agit en déterminant des *auto-intoxications* par mauvais fonctionnement du rein, du foie, etc..., adultérés par le *virus syphilitique*.

Depuis, des observations et des travaux spéciaux sur la question, ont paru en assez grand nombre : citons ceux de Birnbaum (3), en 1908 ; de MM. Roubinovitch et Levaditi (4) (ces derniers étudient le rôle de la syphilis dans l'étiologie de la démence précoce) ; les observations de MM. Mosny et Barat (5), en 1910 ;

---

1. Hagelstein, *Psychose parasyphilitique*. Th. Strasbourg, 1893.
2. Raymond, cité par Hagelstein.
3. Birnbaum, *Des troubles psychiques dans la syphilis* (*Allg. f. Psych. u. Neurol.* Bd. LXL, f. 3, p. 340, 1908).
4. Roubinovitch et Levaditi, *Rôle de la syphilis dans l'étiologie de la démence précoce* (*Gaz. Hôp.*, juin 1909).
5. Mosny et Barat, *Psychose aiguë à forme maniaque dépressive et réaction méningée d'origine syphilitique*.

celles de MM. Henri Claude et Levy Valensi (1) ; (nous en reproduirons une dans la suite de ce travail) ; celles de M. Auguste Marie de Villejuif (2) ; et enfin la communication faite, le 13 juin 1911, à l'Académie de médecine par M. Gilbert Ballet, dans laquelle il étudie les accès *curables* de mélancolie précédant la paralysie générale.

Cependant, le professeur Gaucher (3) n'hésite pas pas à écrire : « Ce rôle étiologique de la syphilis dans les maladies mentales est encore mal déterminé. Il est probable que la recherche systématique de cette maladie chez les aliénés par un syphiligraphe accoutumé à la dépister amènerait à la reconnaître comme cause d'un grand nombre d'états où son rôle n'est pas soupçonné. »

---

1. H. Claude et Levy Valensi, *l'Encéphale*, mars 1911.
2. A. Marie, *Bull. Soc. méd. hôp.*, 18 février 1910.
3. Gaucher, *Précis de syphiligraphie*, t. III, Baillière, 1911.

SYMPTOMATOLOGIE

Fournier, dans son *Traité de la syphilis cérébrale*, groupe les faits cliniques ; et, sous le nom de *folie syphilitique* les élève à la dignité d'une entité morbide formant un tout indépendant, vivant par lui-même.

Rappelons donc, très brièvement, comment il décrit ces troubles intellectuels liés à la syphilis ; et, nous discuterons ensuite si nous devons souscrire à sa manière de voir.

Fournier distingue deux formes :

1° Forme dépressive, évoluant lentement ;

2 Forme d'excitation cérébrale, à marche plus rapide.

La forme lente et dépressive se traduit par un affaiblissement progressif de l'intelligence, par une dépression intellectuelle, par un défaut de volonté, par une fatigue cérébrale rapide. Mais c'est l'*affaiblissement de la memoire* qui domine le tableau clinique de cette variété. En général, graduel et progressif, il s'établit lentement pouvant affecter tous les degrés, depuis les absences fugaces jusqu'à l'amnésie profonde. Un caractère essentiel de cette

perte de la mémoire c'est qu'elle porte sur les *faits récents*, respectant les faits d'acquisition ancienne. En même temps le caractère se modifie : le sujet qui était bon, affectueux pour les siens, devient emporté, irritable ; il aimait le monde, il le fuit, il devient taciturne ; rien ne l'intéresse, tout le contrarie. Il se rend compte de ce changement, s'en attriste, mais n'y peut rien.

Plus rarement, apparaissent des idées délirantes, imprimant aux troubles psychiques une réaction lypémaniaque, mélancolique ou hypochondriaque ; exceptionnellement, ce sont des idées de persécution, de suicide.

C'est plus spécialement à la forme d'*excitation cérébrale* que Fournier réserve la dénomination de *folie syphilitique*. Les troubles se traduisent « tantôt par de l'excitation cérébrale simple; les malades sont des excités, des exagérés, loquaces, ne se tenant pas en place, irritables, toujours affairés, dépensiers, joueurs, sans suite dans leurs idées ; tantôt par une véritable agitation maniaque, avec physionomie animée, actes et gesticulations tumultueuses, exclamations, vociférations ». A ces états s'adjoignent ou non des hallucinations des divers sens, des idées délirantes à directions variables, ici lypémaniaques, là de persécutions, ici impulsives, etc.

Et Fournier ajoute (1) : « La perturbation intellectuelle se traduit exclusivement par une incohérence

---

1. *Syphilis cérébrale*, p. 288.

générale, par un délire *d'ensemble*, portant sur tous les actes de la vie, sur toutes les manifestations extérieures. C'est là, en effet, le caractère que revêtent presque invariablement les désordres psychiques de la syphilis cérébrale. » Il appelle rares, exceptionnels, les cas qui ne se présentent pas suivant la règle précédente. Et il admet qu'on a affaire à une folie névrose, *sine materia* à une *entité* bien définie, présentant *en soi* des caractères spécifiques liés à son origine spécifique.

Or, dans les observations que nous allons lire, nous ne retrouvons guère ces caractères spécifiques des troubles psychiques : bien au contraire, tous les cas que nous citons, et d'autres observations encore que nous avons dépouillées à ce sujet, paraissent bien nous prouver que *tous les troubles mentaux, sous toutes leurs formes, peuvent se rencontrer* à des degrés divers au cours des périodes secondaire et secondo-tertiaire de la syphilis ; il est donc impossible d'essayer d'en dégager un type clinique spécial, comme Fournier a prétendu le faire ; et ce serait retracer toute la pathologie mentale que de vouloir décrire la symptomatologie de ces troubles psychiques.

OBSERVATION I

Mid..., cinquante-deux ans, ajusteur, entre, le 29 décembre 1908, à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Caussade, parce qu'il souffre depuis plus d'un an de maux de tête violents.

Cette céphalée est paroxystique. Les paroxysmes durent un quart d'heure : c est une sensation d'écrasement de la tête, de striction par un casque. Elle est généralisée à tout le crâne, sans point maximum, aussi bien diurne que nocturne. Les paroxysmes sont spontanés, la pression ou la percussion ne les réveillent pas.

La démarche est ébrieuse, titubante. Le signe de Romberg existe : la chute ne se fait pas d'un côté plutôt que de l'autre. La précision des mouvements des membres supérieurs est diminuée ; mais le malade ne tremble pas. Il raconte qu'il est devenu inhabile dans les petits mouvements nécessités par sa profession, cependant, il écrit bien et si on lui commande de porter un verre à sa bouche, les yeux fermés, le mouvement est bien exécuté. Le dynamomètre accuse 15 à droite et 13 à gauche à l'échelle de pression. Cependant à la palpation, les muscles ne sont pas atrophiés, pas même flasques.

La recherche de l'asynergie cérébelleuse (Babinski) donne les résultats suivants : dans la marche, la partie supérieure du corps est portée en avant, dans la crainte de tomber en arrière. Quand le malade est couché et veut se mettre sur son séant, les cuisses se fléchissent sur le bassin et les talons ont tendance à s'élever. L'équilibre volitionnel statique semble conservé.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux ; le réflexe crémastérien aboli. Il n'y a pas de signe de Babinski.

La sensibilité dans ses divers modes est normale.

L'appareil oculaire ne présente aucun trouble : pas de signe d'Argyll-Robertson ; pupilles égales, réagissant également bien à la lumière et à l'accomodation.

Depuis dix-huit mois, surdité de l'oreille gauche, aérienne et osseuse (Rinne positif).

Crises d'anosmie passagère.

Depuis un mois, le malade souffre de douleurs gastriques qui irradient dans la région interscapulaire, accompagnées d'alternatives de diarrhée, et de constipation : chaque phase durant une dizaine de jours. Depuis quinze jours le malade n'a pas été à la selle malgré les lavements et les purgatifs. Un lavement électrique pratiqué aussitôt son entrée amène une débâcle abondante.

Le malade présente en outre des troubles urinaires datant d'une année : besoins fréquents non toujours suivis d'effet malgré tous les efforts (spasmes).

Tel est l'ensemble des troubles qui amènent le malade à l'hôpital.

L'étude de ses *antécédents* n'est pas moins intéressante.

En 1905, il sort de chez lui pour prendre le train, brusquement il se trouve perdu dans Paris qu'il connaît cependant bien et ne peut trouver la gare. A quelques jours de là, il ne retrouve plus la voiture avec laquelle il allait livrer ses marchandises (il exerçait à ce moment la profession de garçon livreur); son patron le renvoie pour ce motif. Il avait conscience de sa désorientation. Il entre alors, volontairement, à la Salpêtrière, où, après ponction lombaire, décelant une *lymphocytose* appréciable, on le traite par des injections mercurielles. Après deux mois de soins, il en sort très amélioré. Il travaille à nouveau pendant deux mois. A ce moment, deux fois consécutives, il fut pris du brusque besoin de sortir, marchant sans but, inconscient, sans savoir où il allait; puis brusquement (la seconde fois après deux heures de

marche), il recouvrait ses facultés psychiques, se demandait où il était, et rentrait chez lui. Dans d'autres cas, il s'arrêtait au milieu de son travail sans s'en apercevoir : on était obligé de le rappeler à l'ordre. Il allait à la salle à manger voulant entrer aux water-closets.

Ramené à la Salpêtrière, on lui fait une nouvelle série de piqûres ; et, au bout d'un mois, on l'envoie à Sainte-Anne (le 2 février 1907) où il est admis avec le certificat suivant : « dépression mélancolique avec idées hypocondriaques, désorientation et troubles de la mémoire dont il a conscience et pour lesquels il est soigné depuis un an. Céphalée frontale, nausées matinales, crampes et douleurs dans les jambes ; excès alcooliques anciens avoués. »

Il ignore s'il a eu la syphilis. Marié, il a deux filles dont l'une a un garçon bien portant. Sa femme n'a jamais fait de fausse couche.

En mai 1907, il sort de Sainte-Anne, guéri de ses troubles mentaux, qui furent traités par les injections mercurielles ; mais la céphalée subsiste persistante, et c'est elle qui, le 29 décembre 1908 l'amène dans le service.

Quelques jours après son entrée à Tenon, le malade présente de l'incontinence des urines ; et peu à peu s'installe insidieusement, en débutant par le membre inférieur, une hémiplégie gauche.

25 juin 1909. — L'état de l'hémiplégie est le suivant :

M. S. G. : Paralysie motrice complète ; l'avant-bras est en demi-flexion sur le bras. Les muscles sont considérablement atrophiés. Réflexes radial, olécranien abolis. Zones d'anesthésies irrégulièrement distribuées. Troubles trophiques très marqués : peau sèches, flasque ; à la main, œdème blanc,

mou, à grodet ; doigts effilés, cylindriques (main succulente de Gilbert).

Le sens musculaire a disparu. Le sens stéréognostique persiste La sensibilité osseuse est diminuée.

M. I. G : Paralysie motrice absolue, atrophie musculaire considérable. Signe de Babinski (extension). Réflexes rotulien et achilléen existent. Réflexe crémastérien aboli. Pas de clonus du pied. Troubles trophiques : peau sèche, écailleuse.

M. S. D : Normal.

M. I. D : Signe de Babinski (extension).

Il y a aussi de l'incontinence des matières et des urines.

Le facial n'est pas touché.

L'examen du fond de l'œil ne montre absolument rien d'anormal.

Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Malgré l'absence de paralysie des nerfs de la base, M. Caussade, étant donnés la démarche cérébelleuse du début, les antécédents du malade, et les troubles actuels, pose le diagnostic de syphilis cérébrale. Il localise les lésions à la région cérébello-bulbo-protubérantielle, sans toutefois préjuger de la forme anatomique des lésions.

Malgré le traitement mercuriel (biiodure) immédiatement appliqué, le malade meurt, sans avoir présenté de phénomènes spéciaux, le 24 octobre 1909.

A l'autopsie. — On trouve un épaisissement très marqué des méninges bulbaires et protubérantielle ; le processus scléreux s'étend légèrement à la face inférieure du cervelet et des pédoncules cérébraux. Les lésions sont en somme très limitées à l'isthme de l'encéphale. Les méninges dans cette région, épaisses d'un demi-millimètre, sont blanches,

nacrées, présentent un aspect aponévrotique ; il s'agit d'une véritable *pachyméningite scléreuse*.

Dans les autres régions de l'encéphale, les méninges sont absolument normales. Les artères cérébrales ne présentent aucune lésion.

Le foie est nettement *ficelé*.

Les autres organes sont sains.

OBSERVATION II

Bl..., Eugène, vingt-six ans, ciseleur, entre le 10 décembre 1909 à l'hôpital Tenon dans le service de M Caussade pour excitation maniaque.

Le malade présente du désordre des actes et des paroles ; il se livre à des violences envers l'infirmier, fait de la course sur place, de la boxe. Il casse les vitres de sa chambre. Il chante, parle en criant. Il est très intelligent, il lui vient des idées qui l'étonnent lui-même. Il disserte sur la métaphy sique, sur la métempsychose : lui-même est Jupiter et Jésus-Christ. Il est médecin et il s'est ausculté lui-même. Il parle de l'aviation ; il est Blériot, et fait le tour de la terre en vingt-quatre heures. Il fait des comparaisons entre les machines de son atelier et sa propre immortalité. Il compose des chansons. Il est anarchiste. Très instruit, il a eu son certificat à onze ans. Mais toutes ses connaissances lui sont venues spontanément, sans étudier. Il a le don de double vue. Si on lui demande le nom d'une personne présente qu'il ne connaît pas, il se met dans un coin et crie au mur de lui dire le nom demandé. Il se couche à terre et interroge le plancher.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux. Les réflexes pupillaires sont paresseux, les pupilles égales.

La ponction lombaire montre un liquide clair, hypertendu, avec lymphocytose marquée et légère polynucléose.

Le malade très sobre a eu la syphilis il y a quatre ans (chancre, plaques muqueuses, roséole).

En mai 1909, il a eu pendant huit jours des syncopes sans cause apparente.

En septembre 1909, sa vue baisse, et il souffre des deux yeux : M. Landolt le soigne par des injections mercurielles. Le traitement lui fait recouvrer la vue ; mais brusquement, quelques jours seulement avant son entrée à Tenon, il commence à délirer.

Son état d'agitation n'a pas permis de le conserver dans le service ; et, le 14 décembre 1909 (quatre jours après son arrivée), il est envoyé à Sainte-Anne, où il est soumis au traitement mercuriel. Il en sort complètement amélioré, et revient, à titre gracieux dans le service de M. Caussade pour montrer son état. Il plaisante lui-même toutes « les insanités » qu'il avait dites. La guérison complète s'est maintenue jusqu'à maintenant.

OBSERVATION III

Mme R..., trente-huit ans, entre le 22 novembre 1904 dans le service de M. Caussade, à l'hôpital Tenon, pour céphalée et affaiblissement très marqué de la vue.

La céphalée date de sept mois environ ; elle est continue, sans paroxysmes, sans localisation spéciale, existe aussi

intense le jour que la nuit, le soir que le matin. Son début a coïncidé avec celui des troubles visuels. La malade a d'abord perdu la vision distincte, aujourd'hui elle ne possède qu'une très faible notion des contours et des couleurs des objets. Son amblyopie est très accentuée, mais il n'y a pas d'amaurose.

L'examen des yeux permet de constater de la mydriase, sans inégalité pupillaire. Le réflexe à la lumière est lent, le réflexe à l'accommodation est plus intense (sans doute à cause de l'amblyopie). Il n'y a pas de réflexe à la douleur, si on pique la malade en un point quelconque du corps, la pupille ne se rétracte pas. Il n'y a pas d'hémianopsie.

L'appareil auditif présente peu d'intérêt à l'examen : quelques vagues sensations de sifflement et de bourdonnements d'oreille.

La marche du fait de l'amblyopie est hésitante ; il n'y a aucun trouble de la préhension, du sens musculaire ou du sens stéréognostique.

Les réflexes patellaires sont notablement exagérés. Il n'y a pas de signe de Babinski. Le réflexe abdominal n'existe pas.

L'examen de la sensibilité montre une hyperesthésie ovarienne considérable, surtout à gauche, ainsi qu'une hyperesthésie cutanée généralisée à la douleur. Enfin, il n'y a ni retard, ni métamorphose, ni défaut de localisation des différents mode de la sensibilité.

L'état psychique de la malade est notablement modifié : elle est devenue facilement irritable ; elle a constaté elle-même l'affaiblissement de ses facultés intellectuelles, sa mémoire, son jugement ont diminué, elle est indifférente à

tout ce qui se passe autour d'elle, vit dans un véritable état de torpeur intellectuelle dont elle sort par instants, c'est ainsi que, tantôt incohérente, elle se prête très difficilement à l'examen, tantôt, recouvrant une lueur de lucidité, elle répond volontiers aux questions posées.

L'examen général de la malade ne montre rien d'anormal dans la sphère de chacun des grands appareils. Dans les urines il n'y a ni sucre ni albumine ; il n'y a pas non plus de polyurie.

Le passé pathologique de la malade n'est pas très chargé : deux fausses couches sur cinq accouchements, dont le dernier fut d'ailleurs mené à terme. Elle a été soignée à l'hôpital des Quinze-Vingt pendant deux mois, en 1905, par des injections mercurielles. Elle ajoute qu'elle a quelquefois des crises nerveuses, qui ressembleraient à des crises épileptiques ; elles seraient assez espacées. Dans le service, pendant son premier séjour, on ne les constata jamais.

En résumé, le 22 novembre 1904, on se trouvait en présence d'une malade présentant depuis sept mois de la céphalée et de l'amblyopie, dont les réflexes étaient exagérés, qui n'avait ni Babinski, ni Argyll Robertson ; et qui présentait en outre un affaiblissement général de toutes les facultés intellectuelles.

Peu à peu la malade devient de plus en plus somnolente ; la prostration est continuelle. Quand on lui demande si elle souffre toujours de la tête, elle répond que oui ; mais il semble bien que cette réponse soit absolument machinale, car rien d'extérieur n'indique qu'elle souffre véritablement.

Bientôt, une modification des signes physiques va orienter le diagnostic dans une voie plus précise.

31 janvier 1905. — Le signe d'Argyll-Robertson qui était négatif jusqu'alors devient positif; le signe de Babinski est aussi positif. On pense alors à une lésion syphilitique, et la malade est soumise au traitement intensif.

A la ponction lombaire, le liquide céphalo-rachidien ne s'écoule pas spontanément : la pression est très faible, il faut faire tousser la malade pour le faire jaillir. Il est clair et son examen montre une lymphocytose notable.

L'examen ophtalmoscopique montre une papille normale.

10 février. — Le traitement suivi très régulièrement n'a pas encore produit d'amélioration notable. La malade est constamment couchée en chien de fusil. Il y a incontinence des urines et des matières.

14 mars. — M. Terrien pratique l'examen de l'œil. Il constate une légère atrophie de la papille dont la coloration est un peu plus blanche que normalement : « ces lésions de névrite optique paraissant dues à un processus méningé ».

4 avril. — Nouvelle ponction lombaire, liquide clair, pression très forte, lymphocytose (40 à 45 lymphocytes par champ du microscope, 1 ou 2 mononucléaires). Trépidation épileptoïde qui n'est obtenue qu'après excitation de la moelle : vraie à droite, fausse à gauche. L'amblyopie est toujours aussi marquée, les réflexes patellaires toujours exagérés. La céphalée devient intermittente.

Cet état se maintient jusqu'au 2 mai, la malade paraît avoir des moments où elle voit assez distinctement par temps sombre mieux qu'au soleil (nyctalopie). Il n'y a plus d'incontinence des matières.

Le traitement mercuriel est continué régulièrement (biiodure).

10 mai. — L'état de la malade est le suivant: ses troubles intellectuels se sont beaucoup améliorés ; elle répond très bien aux questions qu'on lui pose, elle suit convenablement une conversation. Elle n'est pas abattue comme autrefois ; elle n'est plus somnolente, et déclare même qu'elle voudrait s'occuper car elle s'ennuie à l'hôpital. La céphalée a disparu.

Réflexes : 1° rotulien, plus fort à droite (où il est un peu exagéré) qu'à gauche ; 2° tendineux des membres supérieurs, normaux ; 3° contra-latéral, apparaît légèrement à gauche quand on percute le tendon rotulien droit.

Trépidation épileptoïde : très nette à droite, absente à gauche.

Signe de Babinski : existe à droite, absent à gauche.

Pas de Kernig.

Sensibilité : zones d'hypéresthésie et d'anesthésie à la piqûre, sans aucune distribution régulière. Retard à la perception.

Vision : les objets sont distingués jusqu'à 1 mètre de distance ; mais, comme dans un brouillard (hyctalopie). L'œil gauche est absolument aveugle ; l'œil droit seul perçoit les objets ; son examen montre : champ visuel considérablement diminué, Argyll-Robertson positif, papille volumineuse, nacrée, gros vaisseaux turgescents sortant de la papille, hémorragie rétinienne péripapillaire. A gauche, la papille est plus petite, elle est sombre, les vaisseaux sont moins turgescents, sans œdèmes.

6 juin 1905. — La malade quitte le service complètement guérie de ses troubles mentaux et de sa céphalée ; mais l'œil droit est devenu également aveugle.

Une ponction lombaire pratiquée ce même jour, montre un

liquide clair, non hypertendu; avec seulement 8 à 12 lymphocytes par champ.

OBSERVATION IV

G... Ernest, vingt ans, modeleur, a été envoyé de Cochin à Villejuif le 4 janvier 1910, dans le service de M. A. Marie (1) avec le certificat suivant : délire mélancolique avec hallucinations, mutisme, anxiété, refus d'aliments, etc... A son arrivée il est dans un état de confusion mentale accentuée ; il se confine dans le mutisme, paraît avoir des hallucinations, refuse les aliments ; fatigué, abattu, il reste alité et gâte.

Trois jours après, il commence à sortir de sa stupeur et à réagir. Le huitième jour l'amélioration est manifeste, il mange de bon appétit, réclame ses parents, leur écrit. Il raconte alors qu'étant entré à l'hôpital Cochin, le 28 décembre au matin, il s'est trouvé aussitôt égaré, ne sachant plus ce qu'il faisait, souffrant de la tête, en proie à des hallucinations visuelles (soldats) et auditives (tambour, canon), refusant la nourriture par crainte d'empoisonnement. Conduit à Sainte-Anne le 31 décembre, il ne se souvient plus de son passage à cet asile, G... n'a jamais été malade, il est bien constitué, sans tare héréditaire décelable, habituellement sobre.

Il a eu une blennorragie, il y a cinq mois, qu'il a mal soignée et qui est actuellement à peu près guérie. Vers le

---

1. Que M. A. Marie veuille bien recevoir ici tous nos remerciements pour l'amabilité avec laquelle il nous a ouvert les portes de ses quartiers de Villejuif ; ce qui nous a permis d'y suivre quelques malades ; nous lui en demeurons très reconnaissant.

15 septembre, il a contracté la syphilis. Soigné à Cochin, on lui a fait trois piqûres de sel insoluble de mercure, les 6, 13 et 20 décembre; il n'a j'amais eu d'accidents secondaires. La ponction lombaire a montré un liquide céphalo-rachidien clair, légèrement hypertendu, à réaction albumineuse moyenne, contenant 35 à 40 lymphocytes par champ, 1 ou 2 mononucléaires: réaction de précipitation de Porgès négative.

OBSERVATION V (1)

Amédée C... est âgé de quarante-deux ans, il exerçait le métier de tailleur à Chatillon (Nièvre).

Dans les antécédents familiaux de ce malade, nous ne trouvons rien de très intéresseant ; cependant trois de ses frères moururent de tuberculose.

Marié depuis quatorze ans, il a deux filles, l'une de treize ans, l'autre de dix-huit mois, qui sont en bonne santé, et sa femme n'a jamais fait de fausses couches.

Aucune maladie ne se retrouve dans les antécédents du malade ; il nie énergiquement avoir eu la syphilis.

Le premier trouble mental paraît remonter à la fin de l'année 1907 ; à cette époque, il perdit son père âgé de soixante-sept ans ; il fut très affecté par cette mort et lui, qui était d'un caractère jovial, devint extrêmement triste. Il continua néanmoins à travailler mais manifesta plusieurs fois des idées de suicide et exhorta sa femme à se tuer avec lui.

---

1. Cette observation de MM. Henri Claude et Levy-Valensi a été publiée par ces auteurs dans *l'Encéphale* (n° du 10 mars 1911, p. 207) sous le titre : *Sur un cas d'amnésie à prédominance antérograde au cours d'une syphilis cérébro-spinale fruste.*

A cette époque, en dehors de la mort de son frère, le malade n'avait aucun ennui, ses affaires étaient particulièrement prospères et son ménage très heureux.

En octobre 1908, il reçoit la visite de son frère, ce qui provoqua chez lui une réaction émotive accentuant sa mélancolie. Aussitôt son frère reparti, brusquement, il perd complètement la mémoire. Cette amnésie dura vingt-quatre heures puis soudainement disparut.

Quinze jours plus tard, nouvel ictus amnésique, on remarque que l'amnésie ne portait que sur des faits récents. Elle se serait progressivement aggravée, et le malade dut abandonner son métier et vint à Paris.

A cette époque, il paraît avoir eu des hallucinations olfactives ; son caractère était devenu irritable et continuait à être triste. On signale de l'anaphrodisie.

Il fait à la Salpêtrière un séjour de cinq mois, du 12 avril au 27 septembre.

A la sortie de la Salpétrière il était moins triste, mais il était toujours incapable de travailler, ne se rappelant plus les choses qu'il venait de faire. Il existait aussi des troubles de la mémoire pour les faits anciens, mais de date assez peu éloignée cette fois. L'anaphrodisie avait disparu.

Rentre à la Salpêtrière en octobre 1910.

Lors de son premier séjour, on note une amnésie énorme sur laquelle nous reviendrons longuement, mais on fait de plus les constatations suivantes :

Crises d'épilepsie partielle, prenant la face et le bras droit, survenant deux à trois fois par jour et ne s'accompagnant pas d'aphasie.

Absences fréquentes également deux fois par jour (fixité du regard, pâleur).

Deux ou trois fois, il a eu du dérobement des jambes ; on était obligé de l'asseoir, il ne tenait plus debout. Il avait du lumbago survenu par crises durant quelques heures, parfois toute la nuit. Depuis six mois nous n'avons plus observé tous ces accidents.

Les signes somatiques observés à cette époque étaient pour la plupart négatifs.

Motilité. — Légère incoordination des membres supérieurs. Pas de Romberg.

Réflexes. — Normaux, pas de clonus, pas de signe de Babinski.

Sensibilité. — Normale.

28 novembre 1910. — L'examen oculaire pratiqué par M. Galezowski donne les résultats suivants : la pupille gauche est saillante, la droite ne l'est pas, le malade se plaignait de voir trouble. Signalons ce fait que lors d'un premier examen du malade à la Salpêtrière, le 20 avril 1910, M. Galezowski notait l'absence de tout symptôme oculaire.

Cette évolution progressive sera rendue plus nette encore lorsque nous parlerons de l'état actuel de l'appareil oculaire.

La ponction lombaire pratiquée deux fois en octobre et en novembre décela une *lymphocytose* très abondante.

Évolution depuis octobre 1910. — On ne constate plus ni crises d'épilepsie, ni absences. Le malade se plaint très fréquemment de maux de reins, d'endolorissement de la région lombaire, il accuse avec insistance un « brouillard qui l'empêche de voir distinctement ».

On constate comme signes nouveaux, une démarche hésitante, légèrement titubante, une ébauche de Romberg.

Le réflexe achilléen droit est aboli. L'ataxie des membres supérieurs est peu marquée, elle est nettement accrue par l'occlusion des yeux. Il existe un tremblement très net des doigts.

La parole n'est pas troublée, il n'existe pas de tremblement de la langue et des lèvres. Quand la langue est tirée complètement, la p ointe se dévie à droite tandis que la moitié droite s'incurve ; on constate une atrophie musculaire de la partie latérale et la muqueuse est légèrement plissée, cependant il n'y a pas de trémulation fibrillaire nette. L'examen électrique décèle une diminution de l'excitabilité faradique de la moitié droite de la langue et une très légère diminution de l'excitabilité galvanique avec moins de différence entre e seuil de P. F. C. et de N, F. C. que de l'autre côté et une très légère lenteur de P. F. C. Il existe donc un très léger degré de D. R. dans la moitié droite de la langue.

La réaction de Wassermann négative avec le sérum du malade est positive avec le liquide céphalo-rachidien ; celui-ci, examiné récemment, renferme toujours une grande quantité de lymphocytes, la réaction de Nonne Apelt y est des plus nettes.

L'examen oculaire pratiqué le 10 février 1911 par M. Bourdier, interne du service, a donné les renseignements suivants :

Acuité visuelle à droite : 0,1 ; à gauche : 0,4, pas améliorée par les verres.

Sens chromatique : O. D., ambliopie pour le vert, voit assez facilement le violet et le bleu. O. G. normal.

Champ visuel : déformé et rétréci.

Musculateur intrinsèque : pupilles : pas d'anisocorie, pas de déformation pupillaire, pas d'hippus. Réflexes normaux.

Musculature extrinsèque : normale.

Fond de l'œil : atrophie optique.

O. D. : papille régulièrement concentrique avec excavation surtout temporale de nature atrophique; décoloration du segment temporal. Bords nets, vaisseaux normaux.

O. G. *névrite optique :* papille régulièrement concentrique avec bords flous, saillante avec coudure des vaisseaux sur les bords, une zone uniforme hypérémiée (rouge sale, grisâtre), veines un peu dilatées interrompues dans leur trajet au niveau des bords, renflements moniliformes par endroits, artères sinueuses du calibre normal. Rétine plus pigmentée que la droite.

État mental. — Amnésie.

Le malade est extrêmement jovial, on pourrait dire à première vue emphorique, cela n'est pas exact. Si on interroge sa femme, on apprend qu'avant sa maladie, il avait un heureux caractère, que, comme aujourd'hui, il aimait la plaisanterie. En effet, si le malade répond plaisamment aux questions, il n'est pas pour cela sans se rendre compte de son état ; il lui arrive fréquemment de pleurer lorsqu'on lui parle de ses enfants. Il est très peiné d'être devenu inutile aux siens, mais son bon caractère reprend le dessus.

Il semble moins amnésique qu'au début parce qu'il se conduit à peu près normalement pour les choses de la vie courante. Il y a quatre mois, il ne reconnaissait ni la salle ni son lit; lorsqu'on lui donnait à manger, il demeurait devant son assiette ne sachant pas si c'était sa portion qu'il

avait devant lui. Aujourd'hui il se conduit tout à fait normalement.

La rééducation a eu une incontestable influence sur l'amélioration du malade, il est certain qu'il répond aujourd'hui à bien des questions auxquelles il ne satisfaisait pas il y a quatre mois.

Il sait le nombre, les âges, les noms de ses enfants, etc., toutes choses qu'il ignorait ; mais combien de fois lui a-t-on posé ces mêmes questions !

Néanmoins il y a autre chose que de la rééducation. La mémoire des faits anciens est redevenue à peu près normale, faisant mieux apparaître le déficit mnésique portant sur les faits récents.

Souvenirs anciens. — Il sait la date exacte de sa naissance et arrive à trouver son âge par un calcul rapide, la date de son mariage, les conditions dans lesquelles il a connu sa femme, le nom de l'intermédiaire, des témoins. Il ne sait pas le nom de l'église où fut célébré son mariage ; il ne sait pas s'il y eut un repas de noces. Il se rappelle le nom de ses camarades d'enfance, sait ce qu'ils sont devenus. Il sait le nom de ses anciens clients, de ses fournisseurs, sait où il achète le drap, les fournitures, etc., se rappelle les conditions de payement. Il sait que son père est mort et que son frère est à Londres, mais n'en est pas très sûr. Ces deux faits ne datent que de trois ans.

Il est difficile de fixer exactement la date à partir de laquelle commence la lacune; mais on se rend parfaitement compte qu'il y a là un rapport inverse entre l'ancienneté des souvenirs et l'intensité de l'amnésie.

Si nous prenons, en effet, les actes importants de sa vie

familiale, sa première communion, son mariage, la naissance de ses enfants, la mort de son père, nous voyons qu'il donne des détails très précis sur le premier événement, que son mariage est encore assez net dans sa pensée, bien qu'il en oublie certain des détails, qu'il hésite sur l'âge de ses enfants et soit très perplexe sur la mort de son père.

Nous avons essayé de lui faire évoquer ou reconnaître des souvenirs sensoriels, c'est ainsi que nous lui avons demandé de se représenter certains points de Paris qu'il a habité de nombreuses années et qu'il connaît parfaitement.

Cette épreuve réussit parfaitement lorsqu'il s'agit d'évoquer des lieux où il a habité ou qu'il a longtemps fréquentés, Montmartre, la place de la République, la gare Saint-Lazare, mais il n'a aucune idée du quartier de l'Étoile, du Bois de Boulogne, de la Madeleine, dont les noms lui sont familiers et qu'il connaissait parfaitement.

La mémoire auditive n'est pas atteinte, le malade reconnaît les airs et les fredonne. Il reconnaît assez mal les odeurs, mais dit n'avoir jamais eu beaucoup d'odorat. Le goût est conservé.

Le souvenir des notions apprises dans le jeune âge, notamment : table de multiplication, opérations simples, notion d'histoire, de géographie, est assez bien conservé.

Cependant le malade n'arrive pas à résoudre un problème très simple demandant deux opérations.

Souvenirs des faits récents. — Le déficit est énorme. Sa femme vient de le quitter, il ne sait pas si elle est venue le voir. On lui a répété à satiété le nom des médecins, surveillants, etc., il les ignore tout à fait. On vient de lui faire une

ponction lombaire, de le photographier, il n'en a gardé aucun souvenir.

Il ne sait pas exactement l'année, dit : peut-être 1912. Le mois ? janvier ou février puisqu'il fait froid. Il ne sait pas depuis combien de temps il est à l'hôpital. Quand on lui demande où habite sa femme, comment elle vit, il ne le sait pas.

Il oublie *immédiatement* tous les actes qu'il vient de faire et il serait fastidieux de citer de plus nombreux exemples.

D'ailleurs, sa mémoire de fixation et d'une façon générale sa puissance d'attention sont très diminuées. On lui fait lire dans le journal un article de 10 lignes, il ne peut en donner de suite la substance.

Cet énorme déficit n'empêche d'ailleurs pas le malade d'agir normalement. Il a fini par apprendre le numéro de son lit, il le retrouve facilement, il ne sait pas le nom de la salle, mais la reconnaît néanmoins. Pour les actes de la vie courante en réalité, limités à l'hôpital, il se conduit comme un homme normal.

D'ailleurs, chez lui, nous insistons sur ce point, le sens critique est parfaitement conservé. Le malade se rend compte de sa situation, il la déplore; c'est en vain qu'on lui tend des pièges, qu'on lui pose des questions ridicules ; il a la notion très nette de leur futilité.

Sa sensibilité est peut-être exagérée depuis quelque temps, mais son état lamentable justifie assez les modifications d'ordre émotif qu'il présente. Son indifférence à l'égard des siens n'est qu'apparente et liée à son absence de mémoire.

Ajoutons, enfin, qu'il n'existe chez notre malade aucune

idée délirante, pas d'idée de satisfaction ou de grandeur, pas de dépression mélancolique.

En résumé : de 1907 à 1908, dépression mélancolique, fin 1908 premier ictus amnésique passager, puis ictus amnésique dont l'amnésie persiste encore aujourd'hui.

Évolution de l'état mental : l'amnésie semble avoir regressé, elle ne porte à peu près plus aujourd'hui que sur les faits assez récents et surtout sur ceux du dernier moment. En tous cas, elle n'a *certainement pas progressé.*

Évolution des signes fonctionnels et somatiques : aggravation manifeste se traduisant par : crises de lumbago, signe de Romberg, abolition du réflexe achilléen droit. Production des signes oculaires capitaux, atrophie optique droite, névrite optique gauche, hémiatrophie de la langue. Symptômes en faveur de la syphilis : lymphocytose, réaction de Nonne-Apelt, de Wassermann, caractère de la névrite optique.

Nous pensons pouvoir affirmer que nous sommes ici en présence d'un processus de syphilis cérébro-spinale avec lésions méningées. Ce fait résulte des constatations faites à l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Un autre fait nous paraît non moins évident, c'est la participation des racines.

Nous avons assisté à ce processus : la disparition du réflexe achilléen, les phénomènes douloureux (lumbago) en sont la preuve.

Dans un autre territoire, la névrite optique, l'hémiatrophie de la langue traduisent le retentissement du même processus sur les nerfs des XI[e] et XII[e] paires du côté droit et les nerfs optiques.

Il ne nous semble pas téméraire de penser que nous assis-

tons là peut-être à la phase initiale d'un syndrome tabétique.

Nous ne croyons pas devoir évoquer le diagnostic de paralysie générale. En effet, dans la méningo-encéphalite diffuse, ce qui caractérise la maladie, c'est la diffusion des lésions et la progression continue à celle-ci, aboutissant assez vite, au point de vue clinique, à la démence. Mais, dès le début, alors que l'on ne songe pas à prononcer le nom de démence, il existe déjà des troubles de l'auto-critique, du jugement et du raisonnement, des modifications du caractère, des habitudes qui frappent l'observateur. Chez notre malade, les troubles intellectuels ne sont pas aggravés depuis dix mois, il n'y a pas de lacune du jugement et du raisonnement, les facultés d'auto-critique ne sont nullement émoussées. L'amnésie porte avant tout sur les acquisitions récentes, les faits du présent. Chez le paralytique général, il est vrai, que la mémoire du passé est souvent beaucoup moins atteinte que la mémoire du présent, mais elle est toujours lacunaire. Au point de vue intellectuel, on ne constate chez notre malade qu'un déficit en rapport avec l'insuffisance des moyens de renseignements mis à sa disposition. On ne peut avec cet homme entretenir une conversation que sur les faits anciens, et ce qui montre bien qu'il exerce un certain contrôle sur ses paroles et ses actes, c'est qu'il reste plutôt sur la réserve, il ne répète pas les mêmes choses et ne fait pas d'actes répréhensibles. Il sait limiter son activité physique et psychique à ce qu'il est en état de faire correctement. A ce point de vue, ce cas est donc intéressant car il montre combien le simple trouble de la mémoire, à l'exclusion de toute perturbation psychique peut annihiler une personnalité.

« Ainsi, le cas que nous rappelons doit être distingué de la paralysie générale et serait plutôt à rapprocher de la psychose de Korsakoff. Mais, dans cette affection, il existe presque toujours, à la période d'état tout au moins, un certain degré de confusion mentale, et même quelques manifestations délirantes, symptômes qui font défaut chez notre malade. Les divers degrés de localisation, névrite optique, phénomènes radiculaires, l'atrophie unilatérale de la langue, nous conduisent à penser qu'il s'agit plutôt ici de *lésions syphilitiques en foyers disséminés, d'une infection spécifique en évolution...*

Et MM. Claude et Valensi concluent : *ces formes de méningo-encéphalite syphilitique représentent plutôt des types de transition entre la syphilis méningée scléro-gommeuse et la paralysie générale.* Elles sont peut-être accessibles au traitement mercuriel et ioduré. De fait, notre malade, s'il n'a pas été sensiblement modifié par la thérapeutique spécifique, a conservé un état stationnaire. »

OBSERVATION VI

R. J..., vingt-quatre ans, coiffeur, a été interné à Villejuif pour confusion mentale, hallucinations visuelles et auditives, visions terrifiantes, tentative de suicide ; il avait été trouvé errant sur la voie publique et avait été envoyé à l'infirmerie spéciale. R... est un dégénéré et se livre à quelques excès de boisson.

A son arrivée à l'asile, il est porteur d'une cicatrice indurée de chancre syphilitique ; peu de jours après apparaissent de la roséole et des plaques muqueuses buccales. Il est soumis aussitôt à un traitement hydrargyrique intensif ; la confusion mentale s'atténue en une quinzaine de jours et le malade peut sortir au bout d'un mois.

La ponction lombaire faite au déclin de la confusion montre un liquide céphalo-rachidien clair, légèrement hypertendu, à teneur albumineuse moyenne, et contenant 20 à 30 lymphocytes par champ microscopique ; réaction de Wassermann négative (assez fortement positive avec le sérum).

Ces observations nous montrent la diversité des troubles psychiques qu'il est possible de rencontrer aux périodes secondaire et secondo-tertiaire de la syphilis. Nous voyons que si quelques-unes peuvent rentrer dans les groupes décrits par Fournier, dans la plupart il serait bien impossible d'y découvrir le cachet clinique spécial, la marque de fabrique qu'il y a vus.

PATHOGÉNIE

Les auteurs anciens avec Georget (1) et Leidesdorf (2) admettaient une action *morale* de la syphilis sur l'intelligence. Cette opinion, peut-être acceptable pour ce qui a trait aux changements de caractère (irritabilité, inattention, etc.), et peut-être aussi à la neurasthénie syphilitique, ne peut guère se soutenir dans les autres cas.

Avec Dagonet et Hildenbrandt (3) on voit apparaître cette idée nouvelle que la syphilis peut déterminer des psychoses par des *altérations* du sang, de la chlorose, de l'anémie, idée reprise plus tard par Wille (4).

Kiernan (5) voit dans la *fièvre* de la période secondaire la cause des troubles intellectuels.

Mickle, Régis, Parant, Seyglas, Weill, Spillmann,

---

1. Georget, *de la Folie*, 1820, p. 175.
2. Leidesdorf, *Medizinische Jahrbucher*, 1864.
3. Hildenbrandt, *de la Syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale*. Thèse de Strasbourg, 1859.
4. Wille, *Die syphilitiche Psychosen* (*Allg. Zeits. f. Psych.* Bd. XVIII, 1872).
5. Kiernan, *J. nervouns and mental diseases*, juillet 1880.

Hagelstein admettent une action sur les centres nerveux de l'*infection* par le virus syphilitique.

Raymond va plus loin, il exige un *substratum anatomique* évidemment dû au tréponème pâle ou à ses toxines, sans décrire toutefois ce substratum.

Et, avec lui, nous nous éloignons encore de Fournier qui faisait de la « folie syphilitique » une folie fonctionnelle, *sine materia*. Nous admettons, en effet, une *lésion cérébro-méningée* pour expliquer les faits. Et, de ceci, on peut offrir deux sortes de preuves, des preuves cliniques et des preuves de laboratoire.

Voyons d'abord les preuves cliniques. Les malades que Fournier fait entrer dans son premier groupe des déprimés, sont caractérisés surtout par une amnésie portant sur les faits récents, par un état démentiel *qui sont tous les deux comme la signature des aliénations mentales organiques*.

Les malades qu'il classe dans le groupe de l'excitation cérébrale portent, en dehors de leur délire, la preuve du travail anatomique de la syphilis cérébrale. Ils présentent (obs. III), ont présenté (obs. II), ou présenteront (obs. I) des accidents qui viendront affirmer hautement la nature organique de leur affection.

Mais, ce n'est pas tout, le laboratoire nous vient également en aide pour démontrer cette pathogénie organique des troubles mentaux au cours des périodes secondaire et secondo-tertiaire de la syphilis.

Depuis les travaux de MM. Widal, Sicard, Ravaut, Thibierge, Lesourd (1), il est maintenant admis qu'il existe des méningites d'origine syphilitique, frustes, latentes, sans signes physiques, décelées par une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

M. Sczary (2) a étudié le processus histologique méningé dont dépend la lymphocytose rachidienne dans la syphilis secondaire : lésions très marquées de la pie-mère, dilatation des vaisseaux dont les parois sont infiltrées de cellules rondes et en voie de prolifération conjonctive, infiltrats de cellules rondes dans les mailles du tissu sous-arachnoïdien. Ces lésions existent dans toute la hauteur de la moelle, surtout à sa partie postérieure, jusqu'à la protubérance annulaire. Dans toutes nos observations, nous retrouvons toujours cette lymphocytose rachidienne, témoin d'une réaction méningée qui détermine les troubles psychiques des périodes secondaire et secondo-tertiaire de la syphilis : ici méningite latente, fruste (ob. II, III), là aiguë (cas de Miriel), là sclé-reuse (obs. I), là enfin, scléro-gommeuse (obs. III).

Le plus fréquemment dans ces périodes il s'agit de méningite latente de Widal.

Pour nous donc, en résumé, les troubles mentaux des premiers stades de la syphilis sont intimement liés à la réaction méningée.

---

1. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1902, pp. 118 et 704, mars, novembre, p. 1156. — *Ann. dermat. et syphil.*, 1903.

2. Sczary, Soc. de Biol., 4 avril 1908.

Mais, objectera-t-on, il est fréquent de rencontrer chez les syphilitiques des lésions méningées (méningites latentes, aiguës), sans troubles psychiques. Ceci n'infirme en rien notre manière de voir, tous les malades ne réagissent pas de la même façon, et peut être aussi faut-il admettre une résistance cérébrale amoindrie par une infection ou une intoxication antérieure ou concomitante à la syphilis : dans l'observation VIII nous retrouvons une fièvre typhoïde à quinze ans, dans les observations I, VI, l'alcoolisme. D'autres fois, le plomb peut être mis en cause. Voici une observation due à l'obligeance de M. A. Marie (de Villejuif) qui prouve bien que l'intoxication saturnine par son affinité bien connue pour les centres nerveux, peut servir d'aide à la localisation méningée de l'infection syphilitique.

OBSERVATION VII

R. E..., âgé de vingt-cinq ans, célibataire, exerçant la profession de plombier, est entré le 18 octobre 1909 à l'hôpital Lariboisière, amené par ses parents. Le lendemain, à la visite, il est dans un état d'hébétude tel qu'on ne peut obtenir de lui aucun renseignement ; il ne répond aux questions qu'on lui pose que par des signes de tête ou en disant « oui » à tout propos. Comme on constate chez lui quelques signes de méningite (raideur, signe de Kernig) et comme sa pancarte porte le nom « plombier », on pense un moment à des manifestations méningées du saturnisme.

Une ponction lombaire pratiquée alors décèle une forte polynucléose.

Cependant, le surlendemain, désirant avoir de plus amples renseignements, on fait venir la famille qui apprend que trois ans auparavant R... étant au régiment, a contracté la syphilis.

Depuis sa libération, il était énormément changé : il était triste et pleurait souvent ; il était très énervé, surtout le soir il dormait mal et se plaignait de maux de tête dans la région, frontale ; il tremblait sans cesse et ce tremblement a été en s'accentuant ; le soir en rentrant de son travail, il paraissait très fatigué. Deux mois avant son entrée à l'hôpital, étant comme égaré, ne se souvenant plus de ce qu'il avait à faire, ne comprenant plus ce qu'on lui disait, souffrant beaucoup de la tête, il avait été obligé d'abandonner ses occupations et de rester à la maison. Ces derniers temps il était très constipé, mais jamais n'avait vomi.

A Lariboisière, on institue le traitement mercuriel : deux séries de 10 piqûres de biiodure à 0 gr. 02 chacune sont faites.

10 novembre. — L'état du malade ne s'améliorant pas, sa stupeur persistant, sauf en de rares moments pour laisser place à de courts épisodes d'agitation pendant lesquels il voulait se lever, le gâtisme étant continuel, le malade est envoyé à Sainte-Anne, non sans lui avoir fait une deuxième ponction lombaire qui révèle une énorme lymphocytose.

On ne note aucun signe d'hémiplégie, de paralysie. Les gencives sont en mauvais état et leur sertissure est occupée par un mince liséré de Burton. Sur la partie supérieure du sillon balano-préputial persiste la cicatrice du chancre.

Le malade présente des phénomènes de dépression, de

torpeur, d'hébétude ; il est tout à fait inattentif à la vie d'alentour ; le regard fixe, il ne parle pas, ne se plaint pas, n'accuse aucune douleur ; quand on l'interroge, il vous regarde sans répondre, n'ayant pas l'air de comprendre, puis pressé de questions, il finit, avec une grande hésitation de parole, par articuler un ou deux mots, durant tout son séjour, il ne nous a fait que cette seule réponse : qu'il avait vingt-cinq ans, le reste du temps, il répond par un signe de tête toujours affirmatif ou en disant « oui » invariablement. Il ne s'occupe pas dans le quartier où il est, complètement désorienté ; on est obligé de le conduire à sa place de réfectoire, mais une fois assis il mange seul, de même, on est obligé de le mener à son lit et de le déshabiller, et de l'habiller le matin.

La mère nous apprend que ces troubles de la parole remontent à trois mois et demi, d'abord légers, ils ont augmenté avant l'entrée à l'hôpital.

Voici de plus les renseignements qu'elle nous fournit sur son fils.

Il est l'aîné de sept enfants vivants ; les deux premiers nés qui seraient avant lui sont morts (un garçon né avant terme et décédé le sixième jour, une fille morte à deux ans et demi au dépôt des Enfants-Assistés pendant que la mère était en traitement à l'hôpital pour une pleurésie).

R... a eu une broncho-pneumonie à seize ans, Durant son année de service militaire dans un fort de Toul (dispensé), il a fait quelques excès de boissons. C'est en venant en permission à Paris, à la Pentecôte, qu'il a contracté la syphilis. Il a dû être hospitalisé pendant deux mois à l'hôpital militaire où on lui a fait 20 piqûres d'un sel de mercure ; comme ces injections étaient douloureuses elles furent

suspendues et remplacées par des pilules de protoiodure.

Peu après, R... fut libéré et, rentré à Paris, il s'occupa quelque temps à divers emplois de manœuvre, surtout dans la maçonnerie, puis il entra définitivement dans la plomberie. Jamais il n'eut de coliques de plomb, ni de paralysie, mais c'est surtout dès ce moment que son tremblement des mains devient plus intense.

Il continuait à suivre un traitement mercuriel, et sans interruption il prit une pilule de protoiodure à chaque repas. Un médecin qu'il consulta en décembre dernier lui ordonna 0 gr. 30 de biiodure et 30 grammes d'iodure de potassium en potion, puis 100 grammes de sirop de Gibert. La mère insiste sur une expulsion récente et répétée de lombrics.

Du côté des parents, nous ne pouvons dépister aucune tare intéressante ; la mère, outre sa pleurésie, a eu un érysipèle ; elle est de constitution malingre. Ses autres enfants se portent bien. Le père n'est pas buveur.

15 décembre. — Nous faisons une prise de sang et le sérum examiné suivant la méthode de Wassermann donne une réaction syphilitique positive assez forte. Un examen du sang fournit une proportion de 4.980.000 globules rouges et 9,000 globules blancs, pas d'éosinophilie.

17 décembre. — On est obligé d'aliter le malade. Il présente le même état mental, les mêmes signes physiques, mais il s'y surajoute des signes nets de méningite : position en chien de fusil, signe de Kernig, raideur et contracture des muscles du tronc qui impriment à ce dernier une position en opisthotonos, pas de raideur manifeste des muscles de la nuque ; respiration normale, température à 37°2, pouls fré-

quent, régulier (100); mydriase sans inégalité, ventre légèrement déprimé; gâtisme.

Une ponction lombaire laisse couler un liquide clair, non hypertendu. L'examen cytologique décèle une énorme lymphocytose (150 à 200 éléments par champ). La teneur en albumine est élevée.

La réaction de Wassermam et celle de Pagès sont positives. Un ensemencement sur gélose et bouillon ne fournit aucune culture.

L'examen micro-biologique direct du culot de centrifugation, au Ziehl, au Gram, ne montre aucun microbe au Giemsa, aucun tréponème. L'inoculation au cobaye a été négative. La recherche du plomb par le procédé de Trillat a été également négative.

Les jours suivants, la température se maintient entre 37° 6 et 37° 3, les signes de méningite persistent. Nous faisons prendre chaque jour 3 grammes d'iodure de potassium au malade et nous lui faisons en même temps une piqûre de biiodure de o gr. 02. L'état ne paraît pas s'améliorer et la famille, à la fin du mois de décembre, enlève le malade. Depuis, nous n'avons pu savoir ce qu'était devenu son état.

M. A. Marie ajoute : « Cette observation est intéressante d'abord parce qu'il s'agit d'une méningite aiguë syphilitique, et que les cas semblables ne sont pas fréquents, parce qu'ensuite chez notre malade il y a coexistence de syphilis et d'intoxication possible par le plomb et parce qu'enfin, outre la méningite, le tableau clinique comporte un affaissement intellectuel.

Tout d'abord, il s'agit d'une méningite syphilitique secondo-tertiaire : la syphilis est indiscutable et remonte à trois ans. Le liquide céphalo-rachidien, après examen micro-biologique (cultures, inoculation), s'est montré aseptique, ce qui permet d'éliminer l'hypothèse d'une infection secondaire chez un syphilitique. Par contre, ce liquide a donné une réaction de Wassermann positive qui autorise à affirmer l'existence d'une infection méningée syphilitique.

Que l'intoxication saturnine soit venue se surajouter à la virulence de la toxine syphilitique pour frapper les méninges, cela est très possible et même probable, puisque la réaction cytologique du liquide cérébro-spinal est d'une intensité telle qu'elle se rencontre rarement aussi forte dans les autres méningites aiguës syphilitiques.

Outre le syndrome méningé, nous avons constaté chez notre sujet de l'affaiblissement intellectuel. Il s'agit, croyons-nous, d'affaiblissement par syphilis cérébrale secondo-tertiaire et non d'une paralysie générale para-syphilitique.

Il est évident que, dans ce cas, le pronostic est bien différent ; la pseudo-paralysie est justiciable d'un traitement mercuriel intensif qui serait des plus funestes pour la paralysie générale vraie. La sortie du malade nous a empêché de constater les effets de la mercurialisation. Est-ce à dire que, s'il survient une rétrocession des symptômes nerveux et psychiques le sujet ne reste pas prédisposé à des acci-

dents nerveux plus graves? Ce fait est fort possible.

La coexistence de méningite prolongée et de pseudo-paralysie générale montre que la résistance du système nerveux du malade est très amoindrie, soit du fait d'une syphilis de virulenee exceptionnelle, soit du fait d'une coexistence d'intoxication saturnine et syphilitique (1).

Mais, s'il est des cas, où, comme dans celui-ci, les intoxications ou les infections antérieures peuvent être la cause prédisposante à la localisation méningée, il en est d'autres, indubitables, où le tréponème ou les toxines sont la cause *unique* de l'infection méningée (obs. II et III).

---

1. A. Marie, Clinique nº 8, 1910.

ÉVOLUTION. PRONOSTIC

Quel est l'avenir réservé au syphilitique atteint de troubles mentaux aux stades de début de son infection ? Il est bien difficile actuellement de répondre d'une manière catégorique à cette question. Ce qui est bien certain c'est que, sous l'influence du traitement mercuriel, la lymphocitose rachidienne et les troubles psychiques, qui, pour nous, en sont le corollaire étroit, rétrocèdent le plus souvent.

La guérison semble être d'autant plus rapide que les méninges sont moins touchées : très rapidement obtenue dans les cas où les troubles sont sous la dépendance d'une méningite latente, rapide encore dans la méningite aiguë ; quand les méninges sont profondément lésées, le traitement n'a plus qu'une action tout à fait incertaine.

Et ceci nous amène à nous demander quel est l'*avenir lointain* réservé à ces malades. Malheureusement, la littérature médicale n'est pas, à l'heure actuelle, très riche en observations longtemps suivies, comme quelques-unes de celles que nous présentons : il ne faudrait pas perdre de vue ces malades pendant de longues années ; dix, quinze ans et quelquefois

davantage. Aussi, n'est-il guère possible de se livrer actuellement qu'à des hypothèses. Cependant si nous nous reportons à l'observation I nous voyons un homme chez lequel les premières manifestations de la maladie furent, en 1905, des fugues ambulatoires, puis une dépression mélancolique dont il guérit, qui, trois ans plus tard, entre dans le service de M. Caussade avec des signes physiques de syphilis cérébrale qu'il n'avait jamais présentés jusqu'alors, et à l'autopsie duquel on trouve une méningite scléreuse. Dans ce cas les troubles mentaux, qui avaient été la traduction clinique d'une méningite aiguë, ont bien guéri ; mais ils n'étaient apparus que comme *précurseurs* annonçant qu'un travail fort grave était en train de l'accomplir. La méningite aiguë a, dans ce cas, évolué vers la méningite scléreuse.

Dans l'observation suivante, due à l'amabilité de M. A. Marie (de Villejuif), nous voyons un individu frappé de syphilopsychose secondaire qui, *onze ans* plus tard devient *paralytique général.*

OBSERVATION VIII

F. G..., représentant de commerce, trente-trois ans, a été envoyé de l'Infirmerie spéciale à Sainte-Anne, le 25 janvier 1910, avec le certificat suivant : paralysie générale au début appoint alcoolique probable, affaiblissement de la mémoire, état de satisfaction, indifférence complète, inconscience, idées de richesse et de bonheur imaginaires, actes extravagants, arrêté plusieurs fois pour filouterie d'aliments. Accrocs de

la parole, exagération des réflexes rotuliens, abolition des réflexes pupillaires.

Le diagnostic de paralysie générale a été confirmé à Sainte-Anne et à Villejuif.

F..., d'après les renseignements que nous ont fournis son médecin et sa famille, a contracté la syphilis il y a douze ans pendant qu'il était en voyage. A son retour, venu chez sa sœur qu'il affectionnait beaucoup et pour qui il était très respectueux, il fut pris d'un accès d'agitation extrême, injuriant sa sœur, voulant l'obliger à vivre avec sa maîtresse, lui faisant signer des actes d'abandon d'argent, la menaçant du revolver; égaré, violent, il paraissait avoir des hallucinations, invectivant des personnages invisibles. Cet accès confus dura une quinzaine de jours ; le médecin traitant constata alors des accidents secondaires surtout buccaux. Après une période d'accalmie assez courte, un second accès de confusion hallucinatoire se produisit et eut une durée égale au précédent. Depuis, F... mena une vie désordonnée. Il refusa de se laisser soigner. Il vécut pendant trois années avec la femme contaminatrice, puis deux années avec une autre. En 1904 il se maria et contamina aussitôt son épouse. Cette dernière dut subir un traitement mercuriel par piqûres pendant deux ans.

F... à quinze ans eut une fièvre typhoïde suivie de carie costale pour laquelle il a été réformé.

Ponction lombaire : hypertension, liquide clair; albumodiagnostic positif; cytologie, 10 à 20 lymphocytes par champ; séro-précipitation de Porgès positive,

Ce fait est à reprocher de ceux qui firent l'objet

de la communication à l'Académie de Médecine de M. Gilbert Ballet (séance du 13 juin 1911).

M. Gilbert Ballet montre que les signes caractéristiques de la paralysie générale sont parfois précédés d'accès *curables* de mélancolie, rappelant par exemple ceux de la psychose périodique et pouvant de ce chef donner lieu à des erreurs de diagnostic, dont il faut être prévenu. Les faits dont il s'agit peuvent être schématisés de la façon suivante. Un individu, naturellement ancien syphilitique, devient, sans motif appréciable, sombre et triste ; il renonce à ses occupations qui ne l'intéressent plus, il devient paresseux et inerte ou présente, au contraire, de l'agitation anxieuse ; il s'accuse de méfaits qu'il n'a pas commis, appréhende la ruine ou croit sa santé compromise ; il manifeste des idées de suicide, fait quelquefois des tentatives. Le médecin, instruit des antécédents spécifiques du malade, cherche en vain les symptômes de la paralysie générale ; l'affection poursuit sa marche et après quelques mois guérit. La quiétude reparaît dans l'esprit du médecin et de la famille. Quiétude non fondée, car six mois, un an, deux ans après apparaissent de nouveaux troubles qui, ceux-là, sont caractéristiques de la paralysie générale et évoluent avec continuité jusqu'à la mort. M. Gilbert Ballet conclut que lorsque, chez un ancien syphilitique, survient un accès de mélancolie, si l'on n'a pas de bonnes raisons pour admettre qu'il s'agisse d'un accès de mélancolie périodique ou de mélancolie d'involution, même si l'accès guérit,

il faut redouter l'apparition plus ou moins prochaine des symptômes décisifs de la paralysie générale.

De ce groupe de faits, n'est-il pas permis d'induire toute une filiation dans le processus méningé auquel se trouvent liés les troubles mentaux de la période secondo-tertiaire de la syphilis : méningite latente, méningite aiguë, méningite scléreuse, méningo-encéphalite, péri-méningo-encéphalite chronique diffuse. Et ainsi nous pouvons prévoir qu'un syphilitique qui a présenté des troubles mentaux dans les premières périodes de son infection est un candidat désigné à la redoutable paralysie générale. Les observations de MM. Marie et Gilbert Ballet, si elles ne permettent pas de conclure formellement à cette évolution fatale, autorisent cependant à voir là une possibilité.

DIAGNOSTIC

Dans ce chapitre, il ne peut être question que d'un diagnostic étiologique. En présence d'un malade qui délire, le problème peut se présenter sous les différentes formes suivantes :

1° Le sujet qui présente des troubles psychiques est un syphilitique avoué. Dirons-nous, *a priori*, que ses troubles mentaux sont sous la dépendance de la syphilis ? Certes non : un syphilitique peut contracter une bronchite, un coryza sans que pour cela on puisse accuser nécessairement son infection d'en être la cause. On ne peut pas toujours conclure, parce qu'un délirant est syphilitique, que la syphilis est la cause de son délire ; cependant, il faut toujours penser à la syphilis en vue du traitement mercuriel. Seule, une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien permettra de conclure à coup sûr à la nature syphilitique de ces troubles ;

2° La syphilis est inavouée ; mais outre les manifestations vésaniques, le malade présente une céphalée gravative, tenace et nocturne, a eu quelques ictus, présente de la diplopie, du ptosis, du strabisme, contemporains de son délire ou antérieurs à lui. Comment, dans ce cas, ne pas soupçonner la syphilis ?

encore là une réaction de Wasserman et un examen du liquide céphalo-rachidien trancheront le diagnostic étiologique.

3° La syphilis reste insoupçonnée, elle ne se manifeste pas objectivement, elle est toujours restée « muette ». Nous avons vu qu'il était impossible cliniquement de distinguer les troubles intellectuels syphilitiques des autres vésanies. Ici encore, la réaction de Wassermann et la ponction lombaire rendront de très grands services.

En résumé, en présence d'un individu qui délire il faut savoir toujours penser à la syphilis ; et si elle est avouée, ou si elle se manifeste par des symptômes objectifs, la ponction lombaire et la réaction de Wassermann sont toujours indiquées, elles rendront également de grands services chez les autres aliénés, étant donné le nombre considérable de syphilis ignorées. Et ce diagnostic étiologique a une très grande importance, puisque nous savons que les troubles psychiques des périodes secondaire et secondo-tertiaire sont le plus souvent très heureusement influencés par le traitememt mercuriel, et que peut-être on évitera ainsi aux malades d'évoluer vers la paralysie générale.

TRAITEMENT

De tous les faits précédemment exposés, la déduction thérapeutique s'impose d'elle-même ; ces troubles mentaux, toujours accompagnés de réaction rachidienne, sont le symptôme d'une localisation du treponema pallidum. Comme tout symptôme de syphilis, *ils doivent être traités pendant toute leur durée et le traitement ne devra cesser que lors de leur disparition complète.*

Et, si nous rapprochons ceci des déductions tirées par M. Ravaut de ses travaux sur les réactions méningées syphilitiques en général, nous pouvons dire avec lui : « C'est en agissant ainsi que j'ai pu constater la disparition des réactions méningées chezes syphilitiq ues en période secondaire, même chez des malades présentant des symptômes nerveux. Plusieurs mois de traitement sont nécessaires pour effacer les plus légères de ces réactions ; pour d'autres, il a fallu des mois et même des années. »

Comme nous savons maintenant que les troubles mentaux sont sous la dépendance absolue des réactions méningées, ce n'est pas seulement après la disparition complète de ces troubles que le traite-

ment devra cesser, mais bien après la disparition même de leur cause. Et, à ce point de vue, l'examen du liquide céphalo-rachidien est de toute importance, puisqu'il permet d'apprécier l'effet du traitement et de le contrôler par l'évolution des lésions anatomiques.

A quelle médication devrons-nous avoir recours ? *Le mercure*, s'il n'agit pas dans tous les cas, a du moins de belles guérisons, et de nombreuses, à son actif. Nous repoussons, à la suite de M. le professeur Gaucher, les injections de sels insolubles (huile grise et calomel) qui ont le grand défaut de constituer un traitement *aveugle :* notre maître a bien montré que le mercure administré sous cette forme est susceptible de s'enkyster, de s'emmagasiner au point injecté, et c'est là un premier défaut, puisque dans ces formes de syphilis qui sont des plus graves il est nécessaire d'agir vite ; mais, il y a plus : sans cause bien connue, le mercure ainsi accumulé peut être absorbé *en masse*, déterminant des intoxications très graves qui peuvent aller jusqu'à la nécrose du maxillaire.

Le traitement par les sels solubles (benzoate de mercure) en injections intra-musculaires est bien supérieur ; mais, le traitement de choix, parce que son action est beaucoup plus rapide, semble être *l'injection intra-veineuse de cyanure de mercure.*

Le traitement local, c'est-à-dire par les injections intra-rachidiennes, a été tenté par MM. Ravaut, Sicard, Claisse, Joltrain, etc. : « J'ai pu constater,

dit M. Ravaut, que ce traitement local me paraissait très actif et très rapide; mais, malheureusement, cette intéressante question est loin d'être au point, car tous les médicaments que nous possédons, même à des doses infimes, produisent des réactions parfois vives; mais il est à prévoir qu'avec des perfectionnements de technique, le traitement local par injection intra-rachidienne deviendra d'un usage commun dans la thérapeutique des localisations nerveuses de la syphilis. »

Nous n'avons pas d'opinion définitive sur le traitement par *l'arséno-benzol*. M. Ravaut « a recherché les effets des injections de « 606 » sur les réactions du liquide céphalo-rachidien et n'a pas constaté cette rapidité d'action que l'on observe dans le traitement des phénomènes cutanés. » Et M. J. Castaigne (1) ajoute : « Les partisans outranciers du nouveau médicament sont bien obligés de reconnaître que la thérapeutique d'Ehrlich peut avoir des dangers et qu'elle n'est pas susceptible de remplacer toutes les autres médications déjà existantes. D'ailleurs, MM. Gaucher et Hallopeau (2) signalaient encore, à l'Académie de médecine, des accidents mortels qui montrent le bien fondé des réserves que nous faisons ici. Nous pensons donc, en présence de la possibilité d'accidents si graves, qu'on en arrivera à réserver

---

1. J. Castaigne, *Journal médical français*, 15 octobre 1911, p. 416.

2. Gaucher et Hallopeau, séance du 31 octobre 1911.

l'emploi du salvasan aux cas particulièrement graves et rebelles au traitement mercuriel. »

Et, si nous devions absolument porter un jugement personnel, nous dirions : trop impressionné par les nombreux désastres publiés sur le compte du « 606 » nous n'y aurions recours que dans des cas tout à fait exceptionnels et particulièrement dans les cas où le mercure n'est pas supporté. D'ailleurs, *a priori*, nous pourrions faire le raisonnement suivant : comme tous les composés arsenicaux, le « 606 » s'élimine *très rapidement* par les téguments ; et, c'est peut-être à cette élimination rapide qu'il doit ses plus beaux succès de cicatrisation à brève échéance des phénomènes cutanés. Mais, ce fait, qui est une qualité pour la syphilis cutanée, en somme la plus bénigne, devient un défaut lorsqu'il s'agit des syphilis graves, comme celle du système nerveux, où les lésions sont si tenaces qu'elles ont besoin d'être presque constamment sous l'influence de la médication. Mais, nous le répétons, ce raisonnement est tout théorique, il est fait *a priori*, et ne vaut que comme tel.

CONCLUSIONS

I

La syphilis, dans ses périodes secondaire et secondo-tertiaire est la cause fréquente de troubles psychiques.

II

Ces troubles sont banaux : ils n'ont pas de caractères cliniques propres qui permettent de les différencier de ceux des psychoses organiques ou non.

III

Ils sont symptomatiques d'un travail organique en train de se faire qui consiste le plus souvent, au moins au début, en une méningite fruste, latente, sans signes physiques appréciables, décelable seulement par la lymphocytose rachidienne. D'où l'utilité, étant donné le nombre considérable de syphilis ignorées, de pratiquer l'examen du liquide céphalo-rachidien et la réaction de Wassermann, chez les aliénés, pour pouvoir, le cas échant, les soumettre à un traitement spécifique.

IV

Sous l'influence du traitement mercuriel on voit, en effet, le plus souvent disparaître les troubles psychiques et avec eux la réaction rachidienne. Nos préférences vont aux injections intra-veineuses de cyanure de mercure, qui constituent un traitement intensif, telles qu'on les pratique dans le service de notre maître M. le professeur Gaucher.

V

Il nous semble bien que le syphilitique qui fut atteint, dans les premiers stades de son infection, de troubles psychiques, accompagnés de lymphocytose rachidienne reste sous la menace possible d'une paralysie générale. Il est donc utile d'examiner chez lui, périodiquement, le liquide céphalo-rachidien pour lui administrer le traitement mercuriel dès la réapparition d'une lymphocytose rachidienne. Peut-être (et ceci demanderait à être vérifié par des travaux ultérieurs), lui éviterait-on d'évoluer vers la redoutable paralysie générale.

Vu : le Président de thèse,
A. GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LLIARD.

BIBLIOGRAPHIE

ARDIN-DELTEIL. — Nouv. Montpellier médical, 1900, p. 609.

BABINSKI et NAGEOTTE. — Contr. à l'étude du liquide céphalo-rach. dans les affections nerveuses (Bull. Soc. méd. Hôp., 24 mai 1901).

BALLET (Gilbert). — Séance Académie de Médecine, 13 juin 1911.

BATTY TAKE. — Journal of mental science. January, 1874.

BAUMÈS. — Précis théorique et pratique sur les maladies vénériennes, t. I, 1840.

BELL. — Traité de la gonorrhée virulente, t. II, 1802.

BIRNBAUM.— Des Troubles psychiques dans la syphilis (Allg. Zeitschr. f. Psych. u. Neurol, Bd LXL, f. 3, p. 340, 1908).

BRASCH. — Zeitchr. f. Nerven, Bd VIII, 1899.

CASTAIGNE. — Journal médical français, 15 octobre 1911, p. 415 et suiv.

CLAUDE (H.) et VALENZI (Levy). — L'Encéphale, mars 1911, p. 287.

CLAUDE (H.). — Traité de médecine, 1904. Baillières, t. IX.

CLOUSTON. — LV• Meeting de l'Ass. méd. britannique, août 1887.

ERLENMEYER. -- Die luestichen Psychosen, 1877.

ESMACH et JESSEN. — Syphilis und Geitessorungen Allg. Zeitschr. fur Psych., Bd XIV, 1857.

FOLLIN. — Traité de pathol. ext., t. I, 1861.

FOURNIER. — Syphilis cérébrale, 1879.

GAUCHER. — Précis et syphiligraphie. Baillière, t. III, 1911.

— Séance Académie de Médecine, 31 octobre 1911.

Gougerot. — Réaction de Wassermann-Neisser-Brück (Journ. méd. français, 15 oct. 1911, p. 419).

Grainger-Stewart. — Syphilitic insanity British medical Journal, 1870.

Gros et Lancereaux. — Traité des maladies nerveuses syphilitiques, 1861.

Hagelstein. — Folie parasyphilitique. Thèse de Nancy, 1894.

Heubner. — Ueber die Hirnerkrankung der Syphilitische (Arch. der Heilkunde.

Hildenbrandt.—De la Syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale. Thèse de Strasbourg, 1859.

Hutchinson. — Syphilis. London, 1887.

Kiernan (J.). — Nervous and mental diseases, juillet 1880.

Janselme et Touraine. — Action du sérum humain sur le treponema pallidum. Essai de séro-agglutination de la syphilis. Journ. méd. franç. 15 oct. 1911, p. 429.

Klippel. — Traité de médecine. t. VIII Baillière, 1904.

Lagneau. — Traité des maladies vénériennes, t. II, 1828.

Legrand du Saulle. — Gazette des Hôp., 1884.

Leidesdorf. — Medizinische Jahrbucher, 1864.

Linstow. — Arch. f. Psych., 1873.

Lœhe. — Contr. à l'étude de la syphilis cérébrale dans la période secondaire (Berliner Klin. Wochenschrift, 1910, t. XXIV, p. 1127).

Maci. — De la Folie, 1864, p. 147.

Mairet. — Aliénation mentale et syphilis. Paris, Masson, 1893.

Marie (Auguste). — Bull. Soc. méd. Hôp., 18 fév. 1910.
— La Clinique, 1910, nos 8 et 9.

Marchand (L.) et Petit (G.). — L'Encéphale, 1910, t. I, p. 883.

Mauriac. — Gazette hebd. de médec. et de chirurgie, no 20, mai 1889.

Mingazzini. — Monatschrift f. Psych u. Neurol., 1899, Bd. V.

Mosny et Barat. — Psychose aiguë à forme maniaque dépressive et réaction méningée d'origine syphilitique (l'Encéphale, juin 1910).

Mosny et Portocalis. — Bull. Soc. méd. Hôp., 31 mars 1911.

NAGEOTTE et JAMET. — Cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien dans 45 cas d'affections nerveuses et mentales. Soc. méd. des hôp., 17 janvier 1902.

ŒBEKE. — Zur syphilis des Centralnerveussystems u. der psychosen (Allg. Zeits. f. Psych., 1892).

PIDOUX. — Traité de thérapeutique, 1858.

PIRROCHI. — Giornale italiano del mal. nervose, 1878.

PLAUX. — Allg. Zeitsch. f. Psych., 1909, Bd LXVI, p. 2.

RAVAUT. — Liquide céphalo-rachidien de la syphilis à la période secondaire (Ann. dermat. et syph., 1903).

RAVAUT et CAIN. — Les Accidents et les contre-indications du « 606 ». Journ. méd. franç. 15 oct. 1911, p. 438.

READE et TODD. — Cases of syphilitic insanity. (The Dublin quaterly journal, 1863).

RICORD. — Clinique iconographique, 1851.

ROSANOFF (A.-J.). — American Journal of insanity, janvier 1910.

ROUBINOVITSCH et LEVADITI. — Rôle de la syphilis dans la démence précoce (Gazette des Hôp., juin 1909, p. 790).

SEZARY. — Processus histologique des réactions méningées de la syphilis. Soc. biol., 4 avril 1908.

SCHUTEMBERGER. — Gazette méd. de Strasb., mars 1850.

THIBIERGE et RAVAUT. — Syphilis de dix-huit mois. Lymphocytose rachidienne. Soc. méd. des hôp., 1902, p. 1156.

VERONESE. — Wiener Klinik, 1883.

WIDAL. — Cytologie du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques. Soc. méd. des hôp., 14 février 1902, p. 118.

WIDAL et LESOURD. — Bull. soc. méd. des hôp., nov. 1902.

WIDAL et LEMIERRE. — Bull. soc. méd. des hôp., 1902, p. 704.

WIDAL et RAVAUT. — Bull. soc. méd. des hôp., 17 mars 1902.

WILLE. — Die syphilitische Psychosen (Allg. Zeitsch. f. Psych. Bd. XVII, 1872).

ZAMBACO. — Des Affections nerveuses syphilitiques, 1862.

Imp. de la Faculté de Médecine, JOUVE et Cie, 15, rue Racine, Paris.